

Sammelbogen für die U5		Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
ALLGEMEINE ANGABEN					
Liegt das Gelbe Heft vor?	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
Geburtsmonat (MM) / Geburtsjahr (JJ)	MM/JJ	--/--	--/--	--/--	--/--
Wie oft wurden Auffälligkeiten im Abschnitt „ Untersuchung “ des Gelben Heftes angekreuzt?	Anzahl	---	---	---	---
Wie oft wurde erweiterter Beratungsbedarf im Abschnitt „ Beratung “ des Gelben Heftes angekreuzt?	Anzahl	---	---	---	---
Eintrag bei „ Auffälligkeiten zur Beobachtung “ im Abschnitt „ Ergebnisse “ des Gelben Heftes erfolgt?	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
Teilnahmekarte im Gelben Heft ausgefüllt?	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
Zeitaufwand für Eintragungen in das Gelbe Heft (Schätzwert in Minuten und / oder Sekunden)	Min. Sek.	-- --	-- --	-- --	-- --
AUGEN		1	2	3	4
Brückner-Test durchgeführt?	ja /nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
Prüfung auf Transilluminationsunterschied mit einem binokularen Autorefraktometer durchgeführt? (z.B. von Plusoptix, Welch Allyn oder anderen Herstellern)	ja /nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
→ Transilluminationsunterschied festgestellt? (z.B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie)	ja /nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
SPRACH- und SPRECHSTÖRUNGEN		1	2	3	4
Hinweise auf Sprach- und Sprechstörung ...	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
... in der Anamnese?	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
... in der Orientierenden Beurteilung der Entwicklung?	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
Besteht erweiterter Beratungsbedarf zum Thema Sprache?	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
Nach Hinweisen auf Sprach- und Sprechstörungen in der U-Untersuchung: Diagnostische/therapeutische Maßnahmen eingeleitet? (Mehrfachauswahl möglich)	ja/nein	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
- Logopädie	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pädaudiologie / Phoniatrie	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- HNO-Arzt	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sonstige:	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....					
ELTERNSET AUSGETEILT?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Raum für Bemerkungen:

(Nutzen Sie bei Bedarf bitte zusätzlich die Rückseite)